



File No: ٦٥.١١٦٣...

Date: ٦ / ١١ / ٢٠١٨

Date: ٦ / ١١ / ٢٠١٨

File Number: ١٥٥.١١٦٣٣

Patient Name: K. Khalifa Al. Naki

اسم المريض:

Date Of Birth (تاريخ الميلاد): ٨ / ٨ / ١٩٨٩ Gender (الجنس) (M) / F

Marital Status (الحالة الاجتماعية):

Nationality (الجنسية): OMAN

Occupation (الوظيفة):

Address (العنوان):

Phone No. (رقم الهاتف): ٥٥٥٥٣٥٣٥٣٥٣

E-MAIL:

How did you know about us: F.rievnd | Mokhammad

التاريخ الطبي Medical History		
الحالة الطبية Medical Condition	Yes/No نعم / لا	If 'YES', give details انا كانت الاجابة نعم انكر بالتفصيل
Recent or current drugs/Medical Treatment هل تتعاطى أي أدوية أو تتلقى أي علاجات حديثة؟	لا	
Corticosteroids/Immunosuppressant هل تتعاطى أي سترويدات أو مثبطات للمناعة؟	لا	
Allergies هل لديك أي حساسية؟	نعم	المأكولات البحرية
Surgical Operations, Serious Illness هل أجريت أي عمليات جراحية أو تعاني من أي أمراض؟	نعم	
Cardiac surgery, Rheumatic fever, Endocarditis, Artificial heart valve, Congenital heart disease جراحة قلب، حمى روماتويد، التهاب شغاف القلب، صمام قلب صناعي، أمراض القلب	لا	
High Blood Pressure, Bleeding disorders, Anticoagulants هل لديك ارتفاع في ضغط الدم، مشاكل في النزيف أو تتعاطى أي مميعات للدم؟	لا	
Anemia, Leukemia (فقر الدم)، لوكيميا (سرطان الدم)	لا	
Chest disease, Asthma, Bronchitis, TB, Other أمراض صدرية، أزمة تنفسية، التهاب في الشعبات، السل، أمراض أخرى	لا	
Renal, Urinary, Sexually transmitted disease هل تعاني من أي أمراض في الكلى أو أمراض بولية أو تناسلية؟	لا	
Pregnancy, Contraceptive pill, Menstrual problems هل أنت حامل؟ هل تتعاطين أي موانع للحمل؟ هل تعانيين من مشاكل في الدورة الشهرية؟		
Hepatitis, Jaundice, Other liver diseases التهاب الكبد الوبائي، الصفراء، أي أمراض كبدية أخرى	لا	
Peptic ulcer, Crohn's ulcerative colitis, Other قرحة معوية، داء كرون، أي أمراض معوية أخرى؟	لا	
Epilepsy, or any other neurological disease هل تعاني من الصرع أو أي أمراض في الجهاز العصبي؟	لا	
Thyroid Diseases, Diabetes هل تعاني من مرض السكري أو أمراض الغدة الدرقية؟	لا	
Other conditions هل تعاني من أي أمراض أخرى؟ HSV, HIV...etc فيروس الأبتز، فيروس الحلا البسيط	لا	



Medical Consent Form

I hereby consent and authorize the doctor to treat my medical condition which has been explained to me by the qualified physician

I understand that in order to provide me with the most efficient and enhanced service, diagnostic and other procedures may be deemed necessary.

I understand that my treating doctor may discover other or different conditions, which may require additional or different procedures than those planned.

I authorize my treating doctor to perform any procedures which are advisable in their professional judgment.

I understand that no warranty or guarantee has been made to me as a result or cure just as there may be risks and hazards in continuing my present condition without treatment.

I understand that there are also risks and hazards to the performance of the diagnostic and/or surgical procedures.
I realize that common surgical or diagnostic procedures are potential for an infection, swelling, bleeding, pain or allergic reaction.

I understand that there are minimal fees to be paid per service and that all fees must be paid in full before the completion of treatment.

I consent that all medical history and information I provided in my medical file is true and I understand that any information I provide regarding my medical status will be kept confidential and anonymous.

I believe that I have sufficient information to give this consent. I certify that this form has been fully explained to me and that I have read it and I understand its' content and I sign it with all my will.

Patient's Signature/ Guardians (In case of minors):

Date: ... / ... /

نموذج اقرار طبي

أوافق و أسمح للطبيب بعلاج حالتي المرضية التي تم شرحها لي من قبل الطبيب المختص و المؤلف.

أتفهم أن بعض الإجراءات الطبية والتشخيصية الإضافية قد تكون ضرورية من أجل تزويدي بالعلاج الأمثل و الخدمة الأفضل.

أتفهم أنه من الممكن أن يكشف الطبيب خلال العلاج أموراً مختلفة عن ما نذكر في الفحص الأولي و التي قد تتطلب إجراءات إضافية أو مختلفة عن تلك المخطط لها.

أفوض الطبيب المعالج باتخاذ كل الإجراءات الطبية و العلاجات اللازمة و المطلوبة بحكم خبرته المهنية و العلمية.

أقر أنه لم يتم تقديم أي ضمانات أو تأمين لنتائج العلاجات و الإجراءات الطبية أو التجميلية المقدمة لي، كما أتفهم الاخطار و المضاعفات الناتجة عن عدم استكمال علاج حالتي المرضية.

أتفهم تماماً كافة الاخطار و المضاعفات التي قد تكون مصاحبة للفحوصات و الإجراءات العلاجية و الجراحية.

و ادرك أن بعض الإجراءات التشخيصية و العلاجية و الجراحية قد تؤدي الى مضاعفات كالالتهاب أو التورم أو النزيف أو الألم أو الحساسية

أتفهم أن هناك رسوم بالحد الأدنى يجب علي دفعها مقابل الخدمة العلاجية و أن جميع الرسوم المطلوبة يجب أن تسدد بالكامل قبل الانتهاء من العلاج.

أقر أن كافة المعلومات الطبية و التاريخ الطبي الذي قدمته لي فحسي للملف صحيحة و أتفهم أن أي معلومات تتناقض بحالتي الصحية ستبقى سرية تماماً ولا يمكن الاطلاع عليها دون موافقتي

أقر أن لدي المعلومات الكاملة لتفهم هذا الاقرار و ان هذا النموذج قد تم شرحه لي بالكامل و اني قد قرأت و فهمت جميع تفاصيله بالكامل و اني وقعت عليه بكامل ارادتي

توقيع المريض / ولي الأمر (لمن هم دون السن القانونية):

س/ع

التاريخ: ٢٠١٨/١١/١٥

استمارة تقييم المريض Patient Assessment Form

المؤشرات الحيوية Vital Signs

Weight (الوزن):	Kg	Height (الطول):	cm	Blood Type (المصية الدم):
Pulse (النبض):	ppm	Blood Pressure (الضغط الدم):	/	Blood Sugar (السكر الدم):

سبب زيارة المريض للعيادة Chief Complaint

Disease History: التاريخ المرضي:	
Allergies: الحساسيات	
Medications: الأدوية	
Pregnancy: الحمل	
Previous Surgeries, Hospitalization: عمليات سابقة، ايدخال المستشفى	
Smoking (التدخين): Y / N	Alcohol (الكحول): Y / N
	Drugs (العقاقير): Y / N

الملاحظات العامة و السريرية General & Clinical Findings

الفحص Examination

الصور الشعاعية Radiography

التشخيص Diagnosis

File No:

Date: / /

Treatment Plan خطة العلاج

Blank lined area for writing the treatment plan.

Doctor's Signature and Stamp

.....

REDAD DATA

cAEAlOEBA83ODQxO*

Confirm Data

Public Data Readed Succ

SHOW READED DATA

Public Data Verification report**File****Valid Signature?**

Non-Modifiable Data (SF3)

False

Modifiable Data (SF5)

False

Holder Signature Image (SF7)

False

Photography

False

Home Address

False

Work Address

False

Card Holder Information

Name	Khalifa,Salim,Khalifa,Al Naiti,	IDN:	784198906025329	Mother Name:	Afraa
Name (Ar)	خليفة بن سالم بن خليفة النعيمي	Card Number:	086632427	Mother Name (Ar):	عفراء
Title:		Nationality:	OMN	Family ID:	
Title(Ar):		Nationality (Ar):	سلطنة عمان		
Issue Date:	10/12/2017	Sex:	M	Sponsor Type:	
Expiry Date:	10/12/2022	Date of Birth:	08/08/1989	Sponsor Name:	
Marital Status:	01	Husband IDN:		Sponsor Number:	
Residency Type:		Residency Number:		Residency Expiry:	
ID Type:	IR	Occupation:	8322	Occupation Field:	00

Photo



Signature Image

<http://orchidsvr/EMID/default.aspx>

11/10/2018



يرجى الإجابة على الأسئلة التالية بدقة

How do you better describe your skin Type	ما هو الوصف الأنسب لنوع بشرتك؟
<input type="checkbox"/> Always Burned , little tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , قليلة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Always Burned, Never Tanned	<input type="checkbox"/> دائمة الاحترق , عديمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Little Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> قليلة الاحترق , دائمة الاسمرار
<input type="checkbox"/> Rarely Burned, Always Tanned	<input type="checkbox"/> نادرة الاحترق , دائمة الاسمرار
Have you Ever had Scars or keloids? Yes / No	هل ظهرت لديك سابقا علامات ندوب أو جدره؟ <input checked="" type="checkbox"/> لا / <input type="checkbox"/> نعم
Have you ever had Herpes simplex, blisters or ulcers on site? Yes / No	هل ظهر لديك حلا بسيط أو بثير أو تقرحات في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Have you Taken Akutan or Isotritonine in the last 6 months? Yes/ No	هل تناولت عتار الاكيتان/ الايسوتريتينين خلال الست اشهر الماضية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Have you used Retin A,Glycolic acid or Hydroquinon on Site?Yes/ No	هل استخدمت ريتين أي أو منتجات حمض الجليكوليك أو الهيدروكينون في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Have you plucked or waxed hair on site in the last 6 months? Yes / No	هل قمت بتفك أو كي أو إزالة الشعر بالشمع في منطقة العلاج خلال ال ٦ اسابيع الماضية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Did you get exposed to sun or got tanned lately? Yes / No	هل كنت اخر مرة تعرضت فيها لاشعة الشمس لمدة طويلة أو قمت بجلسة تسمين؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Do/ Did you use any tanning products? Yes / No	هل استخدمت مستحضرات تسمين البشرة؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Do you Have any tattoos on site? Yes / No	هل لديك أي وشم / تاتو في منطقة العلاج؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Have you been diagnosed with any hormonal abnormalities? Yes / No	هل تم تشخيصك سابقا بأي اختلالات أو مشاكل هرمونية؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
What products you are using for your skin recently?	ماهي المنتجات التي تستخدمها / تستخدمها ليشربك حاليا؟ لا يوجد
Have you Done Any Laser Hair Removal Before? Yes / No	هل اجريت اي عملية إزالة شعر سابقا؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
For Ladies: Are You Pregnant ? Yes / No	السيدات فقط : هل انت حامل؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا
Have you done any permanent make up? Yes / No	هل قمت سابقا بإجراء مكياج دائم للوجه؟ <input checked="" type="checkbox"/> نعم / <input type="checkbox"/> لا

I hereby consent that I came to Orchid Medical Center/ Sharjah to remove unwanted hair by laser. I understand that laser produces a beam of light that generates an energy of a certain wavelength which is absorbed in the pigments of hair follicles to impair its' ability to grow hair. I understand that the results of the treatment varies from one person to another by the variation of medical history and the skin type, hair type , patients commitment to precautions before and after sessions and the variation of individual responses to treatment. and I consent that I know all the alternative hair removal methods and I choose removing my unwanted hair by laser.

I consent that I got the following precautions:
-It's not allowed to get tanned or use tanning solutions for 4-6 weeks before and after treatment.
- Waxing and Plucking must be avoided at least 6 weeks prior to sessions.
- Tattoos and permanent make up on treatment site will be affected by laser.
- Full Medical History must be given including previous treatments, allergies and skin type.
- people who took akutan during the last 6 months or any drugs that inhibits patients from sun exposure can not remove their hair by laser.
I understand that i might see some change from first session, nevertheless the treatment will take many sessions to get the result.

Side Effect
side effects may include burning like redness, and it's possible to see some swelling or cracks, these side effects will fade away few hours to few days after treatment. hypo/hyperpigmentation is not common and it rarely last, it's advisable to avoid sun exposure, and to use sun protections.
I consent that I had the chance to enquire and ask any questions I have to the therapist and I have read and understood the content of this form (or it was read to me) and I am more than 18 years old or I have the approval of my sponsor.

Name and Signature

Date/...../.....

أقر أنا **خطيفته** **هذا الم من: خطيفه** بقدمي الي مركز أوركيد الطبي/ الشارقة لإزالة الشعر غير المرغوب به في مركز أوركيد الطبي باستخدام جهاز الليزر المتوفر.

و أتفهم أن أشعة الليزر تنتج طيفاً من الضوء الذي يولد طاقة ذات طول موجي معين يتم امتصاصها في الأصباغ الموجودة في بصيلات الشعر لتعمل قدرتها على إثناء الشعر. وأتفهم أن نتائج العلاج تختلف من شخص إلى آخر باختلاف التاريخ الطبي ونوع البشرة ونوع الشعر والتزام المريض بتعليمات العلاج قبل وبعد الجلسات واختلاف استجابة الأشخاص للعلاج. وإني على علم كامل بكافة الطرق البديلة لإزالة الشعر كالخلق والتفك والكريمات وإزالة الشعر بالشمع والكبي وإني اخترت إزالة الشعر بالليزر.

أقر بأنني قد تلقيت التعليمات التالية:
- لا يسمح بالتسمير أو استخدام مستحضرات التسمير لمدة ٤-٦ اسابيع قبل وبعد العلاج.
- يجب تقادي إزالة الشعر بالشمع أو التفك قبل العلاج ب ٦ اسابيع على الأقل.
- الوشم والتاتو والمكياج الدائم في منطقة العلاج قد تتأثر بالعلاج بالليزر.
- يجب إعلاء التاريخ الطبي كاملاً ويشمل ذلك العلاجات والمساحية ونوع البشرة
- الأشخاص الذين تناولوا عقار الاكيتان خلال الست اشهر الماضية أو أي عقاقير تمنعهم من التعرض للشمس لفترة طويلة لا يمكنهم إزالة الشعر بالليزر.
أتفهم أنه برغم التغيير الذي قد أخطئه من الجلسة الأولى فإن العلاج يحتاج إلى عدة جلسات للحصول على النتيجة المطلوبة.

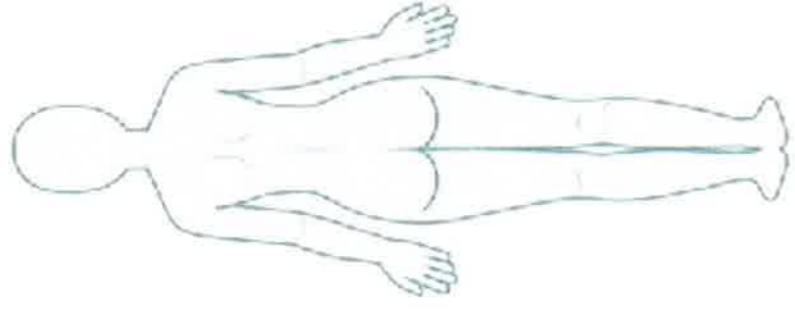
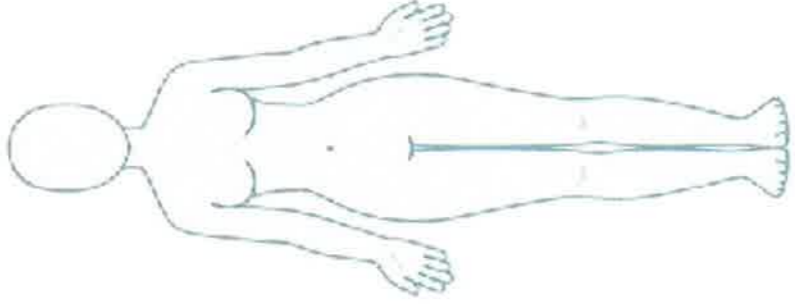
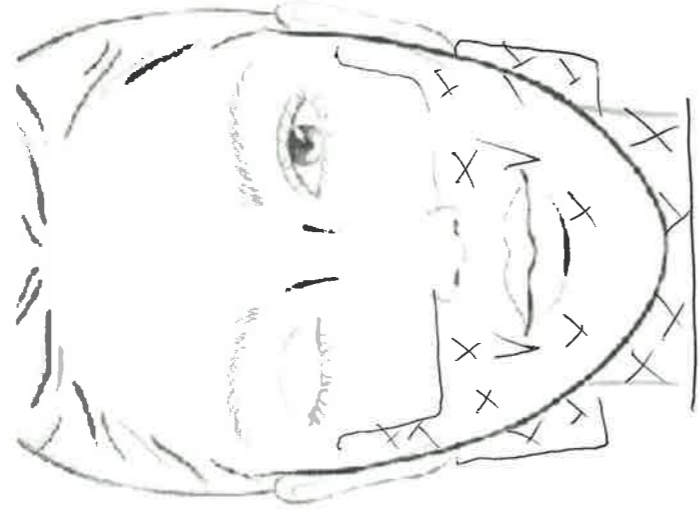
الأعراض الجانبية
قد تتضمن الأعراض الجانبية احمرار البشرة بما يشبه الحروق، ومن الممكن حدوث بعض التورم والتشققات، وهذه الأعراض الجانبية ستلاطف خلال بضع ساعات إلى عدة أيام بعد العلاج. نقص أو زيادة التصبغات ليست بالأمر الشائع ولا تدم في حال حدوثها. وينصح بعدم التعرض لأشعة الشمس واستخدام المستحضرات الواقية من الشمس.
أقر أنه قد أتيت لي الفرصة لاستفسار وتوجيه الأسئلة إلى المعالج المختص وأني قد قرأت و فهمت محتويات هذا الاقرار أو قد تمت قراءته لي، وأني تجاوزت الثامنة عشر من عمري أو حصلت على موافقة ولي أمر في حال عدم بلوعي السن القانوني.

الإسم والتوقيع
خطيفه...سالم...في...ك

التاريخ

2٠١٨/١١/١٥

Patient's Name: Khalifa Al Nairi اسم المريض:
 File Number: # 1001163 رقم الملف:
 Pain Relief given? Yes / No Yes تخفيف الألم:
 Evaluation and consent form completed? Yes / No Yes التقييم والصيغة:
 Pretreatment photography taken? Yes / No Yes التصوير قبل المعالجة:



	Session 1	Session 2	Session 3	Session 4	Session 5	Session 6
Treatment Date	10/11/18	12/12/18	20/1/19	2/3/19	25/5/19	23/06/19
Treatment Area	Beard line	Beard line	same	same	Beard + neck	same
Hair Type	Thick Dark	Thick Dark	Medium	M-Dark	M/Dark	Soft
Mode	ND Yag	ND Yag	ND YAG	ND YAG	ND YAG	ND YAG
Fluence	13J/cm ²	17/25 (spot 10)	15/18	15/16 ms	17/20	15/17
Pulse Type	1	1	spot 20	spot 20	spot 20	spot 20
CNT Pulse	1	1	1	1	1	1
Starting Time	7:10 PM	8:15 PM	11:30 AM	5:45 PM	8:10 AM	8:35 PM
Finish Time	7:25 PM	8:20 PM	11:50 AM	5:45 PM	8:45 PM	8:35 PM
Post Treatment	Medo advised		FUCIDIN H	FUCICORT	Hindolol FUCICORT	

Therapist Name and Signature [Signature]



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001659)

Date:10-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001163 - KHALIIFA AL NAILI - 971505303990

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 105.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No.

Date: 10-11-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 210.00

RECEIPT VOUCHER

No: REC-001660

Date: 10-11-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001163 - KHALIFA AL NAILI - 971505303990

The sum of Dhs. **Two Hundred Ten Only**

By Cash **0.00** / By Credit Card **210.00** (Bank Charges: **0.00**) / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **0.00**

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE FOR 2 SESSION BEARD LINE & NECK LHR / APPROVED BY DR YANOOF**

Made by **Ghada**

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae

www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-001953)

Date:12-12-2018

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001163 - KHALIIFA AL NAILI - 971505303990

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 105.00

Bank: Cheque No.

Date: 12-12-2018

Being

Made by Ghada

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 1,050.00 RECEIPT VOUCHER No: REC-002364

Date: 20-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001163 - KHALIIFA AL NAILI - 971506731637

The sum of Dhs. One Thousand and Hundred Fifty Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 1,050.00 (Bank Charges: 0.00) / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 0.00

Bank: Cheque No. Date:

Being **ADVANCE PAYMENT FOR 5 SESSIONS BEARD LINE & NECK LHR + 1 FREE SESSION - AMT 1050 - NON-REFUNDABLE**

Made by **FATEN**

Tel : + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002363)

Date: 20-01-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001163 - KHALIIFA AL NAILI - 971506731637

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **105.00**

Bank: Cheque No.

Date: 20-01-2019

Being

Made by **FATEN**

Tel: + 9716 555 8337, Fax: + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-002831)

Date: 03-03-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001163 - KHALIIFA AL NAILI - 971506731637

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 105.00

Bank: Cheque No.

Date: 03-03-2019

Being BEARD LINE DEKA + VAT (SESSION 2)

Made by Hiba

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيده الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No. REC-004163)

Date: 23-06-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001163 - KHALIIFA AL NAILI - 971506731637

The sum of Dhs. One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only

By Cash 0.00 / By Credit Card 0.00 / By Cheque 0.00 / By Bank Transfer 0.00 / By Allocated 105.00

Bank:

Date: 23-06-2019

Cheque No.

Being BEARD LINE + VAT

Made by Rana

1. Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
2. Treatment includes lab cost is non-refundable.
3. After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001163 - KHALIIFA AL NAILI - 971506731637

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e - mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae



مركز أوركيد الطبي
ORCHID MEDICAL CENTER

AED 105.00

RECEIPT VOUCHER (No.REC-004736)

Date:10-08-2019

Receive from Mr./Mrs./M/s. 1001163 - KHALIIFA AL NAILI - 971506731637

The sum of Dhs. **One Hundred Five Dirhams and Zero Fils Only**By Cash **0.00** / By Credit Card **0.00** / By Cheque **0.00** / By Bank Transfer **0.00** / By Allocated **105.00**

Bank: Cheque No.

Date: 10-08-2019

Being **BEARD LINE + VAT**Made by **Rana**

- 1.Any Advance refund will be accepted within 48 hours for 25% of deduction from the total amount.
- 2.Treatment includes lab cost is non-refundable.
- 3.After 48 hours No refundable accepted

Confirmed by : 1001163 - KHALIIFA AL NAILI - 971506731637

Tel : + 9716 555 8337, Fax : + 9716 528 8130, e – mail : info@omc1.ae
www.omc1.ae